Zmodyf. Załącznik nr 3/1/3 do SWZ

**Parametry techniczne: wózki do przewożenia pacjentów w poz. siedzącej- 10 szt.**

**PAKIET NR 1, poz. 3**

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Parametr / warunek wymagany** | **parametr oferowany – podać** |
|  | Ręczny wózek inwalidzki, do przewożenia pacjentów w poz. Siedzącej, nowy, niepowystawowy, rok produkcji- nie starszy niż 2023 |  |
|  | **Maksymalna waga użytkownika min.200 kg** |  |
|  | Wykonany z lekkiego, wytrzymałego aluminium,  |  |
|  | Konstrukcja oparta na podwójnym krzyżaku,  |  |
|  | Anatomiczne siedzenie oraz oparcie,  |  |
|  | Wyposażony w podnóżki jednopłytowe, ściągane,  |  |
|  | Tapicerka pojazdu jest anatomiczna |  |
|  | Podłokietniki są wyciągane i odchylane za oparcie,  |  |
|  | Tylne koła są dodatkowo wzmacniane, specjalnie do przewożenia cięższych pacjentów. |  |
|  | Podnóżki standardowe z jedna płytą. |  |
|  | Oś koła tylnego umieszczone na szybkozłączce**.\*** |  |
|  | Koła przednie min. 200 x 50 pełne, tylne co najmniej 24” pompowane |  |
|  | Kompatybilny z wózkiem zagłówek ortopedyczny regulowany w co najmniej dwóch płaszczyznach. Zagłówek mocowany do belki wózka inwalidzkiego.  |  |
|  | Obicie wózka skaj |  |
|  | Oparcie anatomiczne wykonane ze skaju zintegrowane z drewnianą płytą. |  |
|  | Siedzisko ortopedyczne na podstawie drewnianej. |  |
|  | Pas brzuszny z klamrą. |  |
|  | Kółko przeciw wywrotne (para) |  |
|  | Rozmiar siedziska: 5 szt. – 70 cm, 5 szt. 75 cm |  |
|  | Długość wózka max. 114 cm |  |
|  | Szerokość całkowita wózka przy szerokości siedziska 70 cm: max. 95 cm, 75 cm: max. 100 cm |  |
|  | Wysokość max. od siedziska do podłokietników 20 cm |  |
|  | Waga max. użytkownika 200 kg |  |
|  | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta  |  |
|  | Instrukcja obsługi i konserwacji  |  |
|  | Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce – stosowny dokument  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | *podać* |
|  | Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu  |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat – informację dołączyć do oferty |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego  |  |

**UWAGA:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

Modyfikacje:

* Poz. 11: Zamawiający dopuszcza zaoferowaniewózka z kołami, które są mocowane za pomocą śruby

Dokument elektroniczny, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym